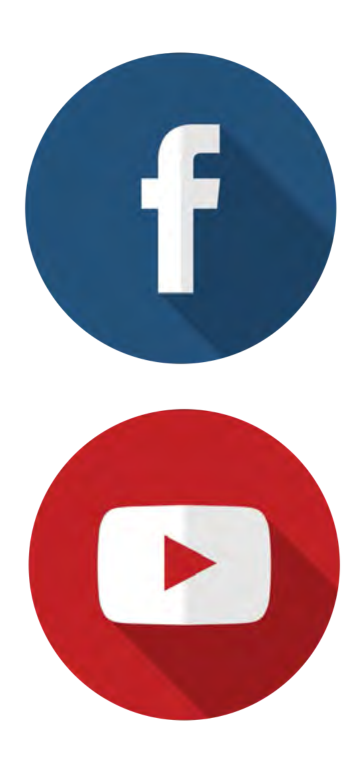
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE ANTI-TUBERCULEUSE

PNLAT

INTRODUCTION

- L'Algérie était un pays à forte prévalence

de tuberculose.

- Depuis 1964 ,la tuberculose a été reconnue comme problème prioritaire de santé publique
- La programme national de lutte antituberculeuse a été mis en place en 1969,depuis le traitement antituberculeux est gratuit ainsi que la vaccination.

I-LES OBJECTIFS DU PNLAT

- Réduire la transmission du BK dans la population algérienne,
- Diminuer progressivement la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose

Pour la période 2006-2015,

les nouveaux objectifs à atteindre:

«Stopper l'augmentation de l'incidence de la tuberculose et commencer à la réduire dans tous les secteurs sanitaires du pays». Pour cela il sera nécessaire de :

- Stabiliser l'incidence annuelle de la TP à M+ à 25 cas pour 100.000 habitants en moyenne nationale

- Maintenir à moins de 5% la prévalence de la résistance bactérienne aux antituberculeux chez les nouveaux cas de tuberculose, et à moins de 2% la prévalence de la multi résistance (à INH et R au moins) parmi ces mêmes malades.

- Maintenir à moins de 10% de l'ensemble des cas déclarés annuellement la proportion des cas de tuberculose chez l'enfant de moins de 15 ans.

Stratégie du PNLAT:

Pour atteindre ces objectifs la stratégie du PNLAT se base sur les points suivants:

1/ assurer une couverture vaccinale des nouveaux nés par le BCG à plus de 95%.

2/ détecter au moins 90% des nouveaux cas de tuberculose pulmonaire contagieuse.

3/ traiter avec succès au moins 90%des nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive..

LES INDICATEURS EPIDEMIOLOGIQUES

- Ce sont des paramètres permettant de mesurer l'ampleur du problème de la tuberculose dans une collectivité:
- **Taux de mortalité** : nombre de décès par tuberculose enregistrés pendant une période donnée pour 100000 habitants
- **Prévalence et l'incidence de la morbidité** :

- prévalence de la morbidité: nombre total de cas de tuberculose reconnus à un moment donnée , rapporté à la population.

- incidence de la morbidité : nombre de nouveau cas de tuberculose découverts en une période donnée(un an), rapporté à la population.

Dans la pratique on calcule

- Nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positifs.

- Nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à culture positive seulement

- Nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à bactériologie négative.

- Tuberculoses extra-pulmonaires :surtout la méningite tuberculeuse.
- Prévalence et incidence de l'infection tuberculeuse:

-prévalence de l'infection :nombre total de personnes infectées par le bacille tuberculeux à un moment donné, c'est le nombre d'IDR à la tuberculine positive.

- Incidence de l'infection ou le risque d'infection :nombre d'infectés pendant une période donnée , rapporté à la population.

OBJECTIFS DU PROGRAMME NATIONAL

Assurer un diagnostic précoce, un traitement précoce et adapté de tout les cas diagnostiqués.

Guérir au moins 90 % des cas traités(echec et rechute < 10%)

Améliorer le dépistage de la tuberculose maladie

-TP M+ à 90 %

Optimiser l'approche vaccinale ≥ 95 % .

Maintenir la résistance bactérienne à un faible niveau.

STRATEGIES APPLIQUEES

Pour atteindre ses objectifs et appliquer sa stratégie ,le PNLAT utilise les moyens suivants:

Développer un réseau complet de laboratoires pour la tuberculose (microscopie dans les secteurs sanitaires ; culture au niveau de la wilaya ; test de sensibilité au niveau du laboratoire national de référence)et le contrôler

Former les personnels de santé : médicaux, infirmiers et techniciens de laboratoire,

prendre en charge, au niveau des **services spécialisés des CHU** les **cas de tuberculose pulmonaire chronique et de tuberculose à bacilles multi résistants;**

Assurer un **approvisionnement régulier en médicaments antituberculeux.**

Renforcer la collecte et le contrôle de l'information sanitaire (déclaration , enregistrement, puis analyse et évaluations des résultats.)

STRUCTURE ET PERSONNELS DU PLANT:

A/au niveau central:

a/le comité national de lutte contre la TBK et les maladies respiratoires placés auprès du ministère formé par un ensemble de médecins experts chargés d'adapter de réviser les directives du PLANT

b/La direction de la prévention du ministère de la santé

veille à l'application du programme et évaluation de la situation épidémiologique.

c/ INSP: surveillance épidémiologique de la tuberculose.

d/laboratoire central de référence : élabore et standardise les méthodes diagnostic bactériologiques

Dont le rôle:

Supervision du réseau des laboratoires .

Recyclage du personnel de laboratoire.

e/PCH: chargée de l'approvisionnement en médicaments.

B/ au niveau régional:

Laboratoires régionaux de référence installes pour décentraliser l' activité du labo .central de référence.

C/ au nv de la wilaya: le directeur de santé de la population assisté du médecin coordinateur de la lutte antituberculeuse chargé par l'exécution du programme dans la wilaya

LES ACTIVITES DU PNLAT

Systèmes d’informations.

USB (unite de soins de base)

- Registre de consultation de l'USB
- Rapport mensuel d'activité de l'USB
- Fiche de demande de bacilloscopie
- Registre de TRT des tuberculeux(pour les unités qui assure le TRT des tuberculeux

UCTMR

Registre de la microscopie de la tuberculose.

Registre de déclaration des cas de tuberculose.

Dossier individuel de malade:

-fiche médicale.

-Fiche sociale.

-Fiche de TRT.

Carte individuelle du malade en TRT.

Lettre de liaison.

Liste mensuelle de déclaration des cas de tuberculose.

Rapport trimestrielle de la lutte antituberculeuse

Rapport annuel de l'activité de dépistage et de TRT du secteur sanitaire

1- LES MESURES TECHNIQUES OU LES DIRECTIVES

- Dépistage
- Traitement
- Vaccination
- Mesures de prévention pour les sujets contact d'un tuberculeux pulmonaire à M+

L’enregistrement des cas de TBK identifiés

- **Tout cas de tuberculose identifié doit être enregistré sur le registre de la TBK du SS**

- Les informations suivantes:

* **l’identification du malade** (nom, prénom, sexe et âge, adresse)

- **la localisation de la maladie :** pulmonaire ou extra pulmonaire.

* **le type de malade**

  - nouveau cas : malade jamais traité ou traité pendant moins d’un mois pour tuberculose
  - échec : malade ayant des frottis positifs(de façon permanente ou après une négativation transitoire) cinq mois ou plus après le début du traitement
  - rechute : malade déclaré guéri après une cure complète de chimiothérapie correctement suivie, et dont l’expectoration contient à nouveau des bacilles
  - reprise évolutive après interruption du traitement : malade déjà traité plus d’un mois, ayant interrompu le traitement pendant deux mois consécutifs ou plus, et qui présente au moins deux frottis positifs

le statut bactériologique initial, avant traitement

- TP : cas à frottis positif, cas à culture positive seulement (et à frottis négatif), cas à frottis négatif ou n’ayant pas eu d’examen microscopique de frottis.

- TEP : preuve bactériologique ou histo-cytologique.

TRAITEMENT

- CAS A TRAITER

  - les tuberculoses pulmonaires à microscopie positive.
  - tuberculoses pulmonaires à microscopie négative et culture positive.
  - tuberculoses extrapulmonaires
  - les quelques TP M- avec images radiologiques évocatrices
  - miliaires et formes graves (diabète , hémoptysie de grande abondance.

Les formes sans preuve ne doivent pas excéder les 10% .

- LIEU DU TRAITEMENT

TRAITEMENT AMBULATOIRE SAUF

- atteinte sévère avec état cachectique
- complications : hémoptysie , pneumothorax paraplégie pottique
- complications du traitement
- co-morbidités déséquilibrées.

- SURVEILLANCE:
  - assiduité .
  - tolérance
  - efficacité.

LA PREVENTION DE LA TUBERCULOSE

1. **La vaccination par le BCG.**

2. **Mesures de prévention pour les sujets-contact d'un tuberculeux pulmonaire à microscopie positive.**

3. **La prévention de la tuberculose dans les établissements de santé**

EVALUATION DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE

EVALUATION DU DÉPISTAGE :

la tenue régulière du registre de déclaration des cas au niveau de chaque UCTMR permet de déterminer les principaux indicateurs dévaluation du dépistage.

1/ LES INCIDENCES:

incidence des TPM+: c'est le nombre de nouveaux cas de tpm+ survenus en un an pour 100000, habitants.

exple:un UCTMR qui couvre une population de 180.0000H à enregistré pour l'année 2007 , 56 nouveaux cas de TPM+ pour calculer l'incidence on applique la règle de trois.

même principe pour calculer l'incidence de TBK toutes formes confondues et incidence TEP

lePNLAT s'est fixé un taux de dépistage de 90%. (cas de TBK contagieuse).

Le dépistage se mesure en calculant le rapport :
du nombre des cas détectés
sur le nombre de cas estimés x 100

Le Risque annuel d'infection :
c'est la proportion de personnes qui au cours d'une année sont infectées par le bacille; peut être calculer à partir d 'enquètes tuberculiniques sur un échantillon représentatif d'enfants d' âge scolaire non vaccinés par le BCG. permet d'évaluer ainsi l'intensité de la transmission de l'infection.
Des calculs statistiques ont permit de déterminer le rapport entre le RAI et l'incidence des cas deTBK
Un taux de **1%** de RAI correspond à environ **50** cas de TBK à frottis +.

En Algérie la dernière enquête tuberculinique remonte à l'année 1984 à conclu à un taux de RAI de 0,48% ce qui correspond à :

40 à50 cas/100.000 H deTBK toutes formes confondus.

20à25 cas/100.000 H de TPM+.

10à12 cas/100.000H de TPM-C+.

10à12 cas/100.000H TEP.

1. La vaccination par le BCG

- La vaccination par le B.C.G. des nouveau-nés et des enfants d'âge préscolaire permet, de protéger contre **toutes les formes de la TBK infantile et spécialement contre les formes graves tels que méningite ou miliaire tuberculeuse.**

- La vaccination par le B.C.G. est obligatoire en Algérie depuis 1969.

Qui doit être vacciné par le B.C.G. ?

1- Tous les enfants nouveaux nés .

2- Tous les enfants âgés de 0 à 14 ans, non porteurs de cicatrice vaccinale.

3- Tous les enfants en première année de scolarisation, non porteurs d'une cicatrice vaccinale.

Dans tous les cas, la vaccination est faite sans test tuberculinique préalable.

EVALUATION DU TRAITEMENT

Le taux de sucées du traitement exprimé en pourcentage est le rapport entre :

Le nombre des cas guéris et des cas ayant reçus un traitement complet sur

le nombre total des nouveaux cas de TP à frottis positif.

GUERIR 85 % .

Echecs et rechutes <5%.

Perdues de vue et transférés< 10 %.

EVALUATION DE LA PREVENTION

- VACCINATION DOIT ATTEINDRE LES 95%.
- RECHERCHE DES CAS CONTACTs.

- ***Récapitulatif***

INTRODUCTION

1962 :

la T sévie a l’ état endémique.

La fréquence de la T est très importante.

La T était une maladie grave >>>>>>>>>>>>>>>

conséquences lourdes et mortelles.

1966 :

les premières Recommandations sur le diagnostic et le traitement de la tuberculose pulmonaires en Algérie

PNLAT :programme national de la lutte antituberculeuse.

- **Le PNLAT**

❖ **Le dépistage**

a/ Patients à dépister ?

Patients symptomatiques : toux ,fièvre, AEG ,Hémoptysie……………………..etc.

Patients asymptomatiques avec image radiologique évocatrice.

Entourage du patient M+

b/comment dépister ?

Télé thorax

Bascilloscopie

IDR pour les TEP

❖ **Traitement**

a/qui traiter ?

TPM+

TPM- C+

TPM- C- (spécialiste en pneumo)

TEP

b/comment traiter ?

Régimes thérapeutiques

Surveillance : Observance ,tolérance (effets secondaires) ,efficacité.

c/ Ou traiter ?

a titre externe UCTMR

en hospitalier (a visé thérapeutique et diagnostic)

❖ **Evaluation**

RAI :risque annuel d'infection

A l' indépendance RAI =3%

RAI=1% >>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>> 60 cas de TPM+ /an/ 100000 habitants.

Actuellement le RAI =0,48%

RQ : quand le RAI est < 1% la fiabilité des résultats est mise en question.

❖ **Moyen de supervision et évaluation**

C'est le secteur sanitaire de référence.

Exemple : SS de Rouïba sur la wilaya d' Alger

Merci pour votre attention